

Il Ssn compie 40 anni ed è ai vertici o al fondo delle classifiche a seconda degli indicatori

La qualità del sistema sanitario in Italia sconta alti e bassi

Pagine a cura

DI SABRINA IADAROLA

La salute, in Italia, vive in un continuo saliscendi: quarta posizione per l'aspettativa di vita alla nascita, ma in fondo alla classifica per mortalità cerebrovascolare (25°) e tumore (26°) e per basso peso alla nascita (29°). Insomma, va bene per quanto riguarda aspettativa di vita, o qualità delle cure e tempi di attesa per molte prestazioni. Invece, va peggio su altri fronti. Se paragonata ai sistemi del resto del mondo, tra le emergenze più sentite in sanità, dall'ultimo Report dell'Osservatorio Gimbe (settembre 2018) emerge in Italia una forte carenza di personale. Il nostro paese si colloca infatti sotto la media Oece per la maggior parte degli indicatori, occupando il fondo della classifica per percentuale di medici al di sotto dei 55 anni (30°), per numero di laureati in scienze infermieristiche (31°) e per rapporto medici/infermieri (35°). Allo stesso tempo, come anticipato, per quanto riguarda l'accesso alle cure, siamo ai primi posti per tempi di attesa per intervento di cataratta (2°), protesi di ginocchio (3°) e d'anca (4°); al 20° posto per incidenza della spesa sanitaria privata, out-of-pocket, sui consumi totali delle famiglie. Ma quindi cosa incide nella valutazione delle nostre performance nel paradigma internazionale? Tutto dipende dagli indicatori.

La sanità italiana nel panorama internazionale. Le classifiche internazionali sono condizionate da numerose variabili, che spaziano dalla tipologia di sistema sanitario al numero di paesi inclusi; dalla tipologia di indicatori alle dimensioni della performance (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione di

cittadini e pazienti, efficienza, e così via). Ed ecco che la posizione di ciascun sistema sanitario oscilla in maniera rilevante nelle varie classifiche: il nostro Ssn, per esempio, dal podio di Bloomberg (1° posto in Europa, 3° nel mondo) precipita alla 20ª posizione di Euro health consumer index. Quest'ultimo (a differenza dell'altro che valuta stili di vita e fattori «congeniti» alla nostra popolazione, come la tendenza alla longevità e all'aumento delle aspettative di vita), posizionando il Ssn italiano al 20° posto su 35 paesi europei (nel 2006 era 11° su 26 paesi), ne fotografa la grande eterogeneità. «L'Italia è il paese europeo», si legge nell'Elci, «con la più grande differenza tra regioni di pil pro capite, che nella regione più povera è solo 1/3 di quello della più ricca. Anche se il servizio sanitario è formalmente governato dal ministero della salute, il punteggio complessivo dell'Italia è giallo (livello intermedio), in quanto risulta da un mix tra verde (livello alto) da Roma in su e rosso (livello più basso) nelle regioni meridionali».

Come funziona il nostro Sistema sanitario nazionale. Il nostro «giovane» Ssn (40 anni, quest'anno) ha la caratteristica di rientrare nel modello universalistico a cui tutti possono accedere gratuitamente. È strutturato su tre diversi livelli: il primo riguarda il governo centrale, il secondo i 20 governi regionali e infine il terzo le aziende locali (Asl) assieme agli ospedali indipendenti (IHS). Ovviamente, come tutti i sistemi, si basa su regole, principi e diritti che dovrebbero essere sempre rispettati. Il principio fondante è, come già detto, quello per cui tutti hanno diritto a essere curati gratuitamente, indipendentemente dal reddito e dalla provenienza, basandosi quindi

sulla solidarietà, sull'equità e sulla universalità. Almeno nel principio. Perché se da un lato esiste il principio di gratuità rivolgendosi alla sanità pubblica, non tutto è mutuabile. O talvolta ci si rivolge alla sanità privata anche solo per accelerare tempi e superare liste d'attesa. Di fatto, ogni italiano in media paga un quarto di tasca propria (quello che viene definito «out of pocket») per cura e servizi sanitari e gli altri tre quarti restano a carico del Sistema sanitario nazionale.

A quanto ammonta la spesa sanitaria. La risposta arriva dalla Corte dei conti. Nel rapporto sulla sanità dello scorso luglio, la spesa sanitaria complessiva sul piano nazionale nel 2017 ha toccato quota 113,6 mld. Nei documenti programmatici, la spesa corrente era stimata a raggiungere i 114,1 miliardi. Un risultato quindi migliore di quello previsto. In termini di pil, a consuntivo la spesa si è attestata nel 2017 al 6,6% del pil, ma su un livello assoluto di spesa inferiore di oltre 6 miliardi. Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della p.a.: la quota della sanità della spesa corrente primaria si riduce dal 16,6% nel 2013 al 16% nel 2017 (dal 15,7 al 14,8% il peso sulla primaria complessiva). Nel quadro tendenziale è prevista una ulteriore riduzione dell'incidenza della spesa su pil che si aggira intorno al 6,3% nella previsione al 2020, un livello registrato a inizio anni 2000.

Sul fronte della gestione della spesa, la scorsa legislatura ha registrato risultati significativi nella gestione del sistema sanitario. Tutto ciò, nonostante gli stretti margini di operatività imposti da un crescente vincolo finanziario. Con il Patto della salute si è definito un percorso comune tra Stato e Regioni, ab-

bandonando la logica dei tagli lineari e assumendo l'impegno comune ad avviare operazioni di efficientamento con l'obiettivo di liberare risorse per il settore; sono stati rivisti i Lea ed è stato definito un nuovo nomenclatore; è stato predisposto il programma per le liste d'attesa, il piano nazionale cronicità e quello nazionale per la prevenzione vaccinale; ha preso corpo l'attuazione del dm n. 70 del 2015 con il riordino del sistema di assistenza ospedaliera e i Piani di rientro per gli ospedali e aziende sanitarie; sono stati potenziati gli strumenti di gestione del sistema informativo sanitario; è stato approvato il provvedimento in tema di responsabilità professionale e la legge 3/2018 con rilevanti misure su ordini professionali e sicurezza alimentare.

Detto ciò, farmaci e ticket sono fronti ancora aperti. Da rivedere ci sarebbero: gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa a partire dal payback e dagli strumenti di negoziazione del prezzo dei farmaci; le procedure di approvazione dei nuovi farmaci da velocizzare; le compartecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; i rinnovi contrattuali e lo sblocco del turnover; l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell'invecchiamento della popolazione e dell'insufficienza dell'assistenza domiciliare; l'attuazione dei piani regionali delle cronicità. La lunga lista delle cose fatte e da fare ma, soprattutto, la consapevolezza dell'impossibilità di trovare solo all'interno del settore la risposta a esigenze crescenti spingono a guardare alle scelte da assumere non limitandosi al solo settore sanità, ma in stretto rapporto con le altre aree dell'intervento pubblico.

© Riproduzione riservata

La sanità italiana rispetto all'Europa*

Aree	Posizione	Score		
		Italia	Media	Delta
1. Diritti e informazioni al paziente	26°	88	99	-11
2. Accessibilità, liste d'attesa	20°	150	163	-13
3. Outcome	18°	211	210	1
4. Varietà e range dei servizi offerti	24°	73	87	-14
5. Prevenzione	11°	101	91	10
6. Farmaci	26°	50	63	-13
Score totale	20°	673	713	-40

*La tabella mostra l'estrema eterogeneità delle posizioni dell'Italia rispetto alle varie aree oltre a uno score cumulativo di -40 rispetto alla media

Fonte: Euro Health Consumer Index 2017

Spesa media di 1.300 euro a famiglia

Curarsi costa. E c'è chi rinuncia. La spesa sanitaria per le famiglie italiane è di 33,7 miliardi. L'importo medio è di 1.336 euro per famiglia. Oltre il 60% dei nuclei spende in prevenzione, oltre il 65% lo fa per visite specialistiche ed esami diagnostici. In valori monetari le prime tre componenti sono costituite da prevenzione (8 miliardi, pari al 23,7% del totale della spesa sanitaria); cure odontoiatriche (6,4 miliardi, pari al 19,3%) e visite specialistiche (4,6 miliardi, pari al 13,6%). Servizio pubblico o privato? La maggior parte delle famiglie (con oscillazioni tra il 75% e l'89%) sceglie il servizio pubblico per prestazioni quali il medico generico, i ricoveri, la prevenzione, gli esami, l'acquisto di farmaci per le malattie croniche. In questi casi, il ricorso all'offerta privata è determinato dalle carenze o dai ritardi del servizio pubblico più che da un'effettiva preferenza. Tuttavia la quota dei servizi privati è considerevole e varia dal 15,2% per il medico generico al 35,6% per i farmaci. Lo studio dell'Osservatorio sul bilancio di welfare

delle famiglie italiane di MBS Consulting, del quale sono tratti i dati, ha sottolineato poi che sei famiglie su dieci rinunciano alle cure mediche. Per visite specialistiche ed esami diagnostici, ma anche per l'acquisto di farmaci per malattie croniche, il Mezzogiorno ha percentuali di ricorso al sistema privato costantemente più elevate rispetto al Centro e al Settentrione. Una scelta quasi obbligata, dettata dalla indisponibilità o inadeguatezza delle prestazioni pubbliche o dai tempi eccessivi di attesa. Per quanto riguarda la non autosufficienza, l'assistenza resta un lusso per pochi, con soluzioni solo per una famiglia su cinque. Le famiglie che hanno sostenuto spese di assistenza nell'ultimo anno sono 2,8 milioni, l'11,2% del totale, e l'importo medio della spesa è di 4.989 euro. Per una colf l'importo medio di spesa è di 3.161 euro per famiglia; per l'assistenza agli anziani e ai familiari non autosufficienti è di 8.627 euro. Per questo nel 79% dei casi la cura è affidata ai familiari stessi, senza alcun aiuto esterno.

I conti tornano, i servizi no

Sul piano regionale, che rappresenta uno dei tre livelli del Ssn, gli ultimi dati sulla spesa sanitaria delle regioni nel 2017 confermano i risultati positivi degli interventi volti a garantire un equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, cerca di rispondere ai bisogni crescenti che provengono da cronicità e non autosufficienza. Pressoché tutte le regioni si trovano in equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria. Ma al di là dei conti con le regioni, è con la realtà che tocca fare i conti. Partendo da un presupposto: equilibrio finanziario non equivale a equilibrio «sanitario» e assistenziale, inteso come cure e servizi al cittadino, non solo tra regioni, ma per esempio già tra Nord e Sud, dove permangono disparità nella qualità e nella disponibilità dei servizi. E la controprova ne è l'aumento dell'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord (si veda *ItaliaOggi Sette* del 7 maggio 2018): le somme corrisposte per la mobilità nel 2017, crescono dal 7,3% del 2013 al 7,9% del 2016.

C'è da aggiungere che il nostro paese è sempre più longevo. Dal confronto tra i dati Istat del Censimento del 1991 e quelli aggiornati al primo gennaio 2018, siamo un paese in cui la popolazio-

ne residente segna un forte aumento di anziani (65 anni e più) in termini sia assoluti (da 8,7 milioni a 13,6 milioni) che percentuali (dal 15,3% a 22,6%). Tra i più anziani d'Europa. L'Italia invecchia: oltre metà della popolazione è over 45. I centenari superano le 15.500 unità. La nostra longevità e la nostra speranza di vita media così alta in Europa (siamo secondi alla Germania) si accompagnano a uno stato di salute carico di malattie croniche e neurodegenerative che ben difficilmente può continuare a essere addossato alla famiglia, che peraltro si è profondamente modificata e che oggi si presenta come nucleo monoparentale, prevalentemente di donne anziane e sole. La popolazione con cronicità è pari al 39% del totale, di cui circa un quinto ha più di una patologia. Una particolare attenzione richiede, poi, il soddisfacimento dei bisogni di circa 3 milioni di persone non autosufficienti per i quali le strutture esistenti (287 mila posti letti a essi dedicati) e le cure domiciliari oggi attivate non consentono di dare una risposta adeguata. Senza una robusta rete di assistenza domiciliare, di riabilitazione territoriale e di protezione in Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), quando la domiciliarità non è possibile, la nostra longevità (fatto salvo il patrimonio genetico, la dieta mediterranea, la

capacità di socializzazione) rischia di tradursi in condanna. Le previsioni demografiche ed economiche, alla base dell'esame delle tendenze del Sistema socio sanitario (e pensionistico) elaborato dalla Ragioneria generale dello stato, riportano un rapporto tra anziani e popolazione attiva in crescita nei prossimi anni, poco al di sotto di quota 50 già nel 2030, con un peso della popolazione oltre i 65 anni di 7 punti più elevata di oggi. Se l'invecchiamento della popolazione sarà accompagnato da una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo e a una minore continuità dei percorsi lavorativi, la sostenibilità del sistema si farà più difficile.

I numeri non sono un'opinione. Gli investimenti, sia infrastrutturali che tecnologici, secondo la Corte dei conti nel Rapporto di coordinamento di finanza pubblica 2018, continuano a diminuire. Anche nel 2017 si registra una flessione di oltre il 5% dei pagamenti: alla riduzione si accompagna la conferma di un tasso medio di obsolescenza delle tecnologie a disposizione nelle strutture pubbliche e accreditate. Circa un terzo delle apparecchiature è operativo da più di 10 anni e la diffusione di queste tecnologie presenta rilevanti differenze tra aree territoriali, come rileva il rapporto del ministero della salute, nonostante il lieve miglioramento

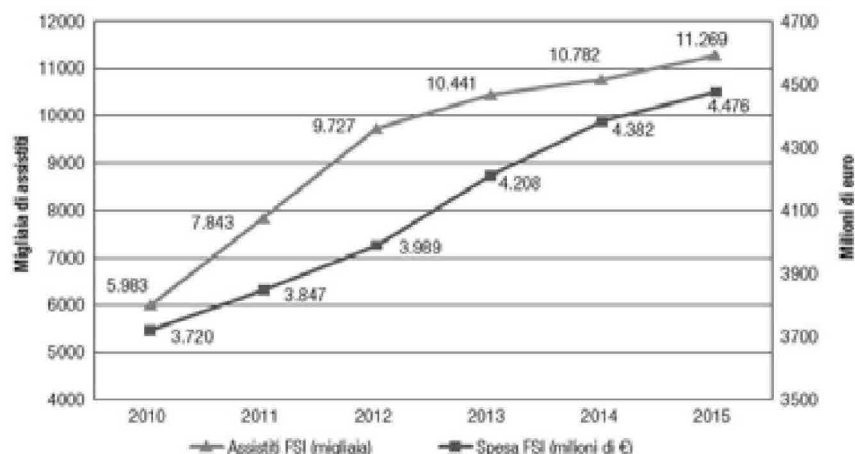
rispetto al 2016. Per di più, l'attività del Ssn si contrae in tutti gli ambiti assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 8,7 milioni nel 2016, con una riduzione dell'11,7 tra il 2013-2016. I cali interessano soprattutto ricoveri a bassa complessità e i posti letto. In numerose aree del paese si assiste a una mobilità passiva in crescita. Nella specialistica ambulatoriale, stenta a trovare risposta il problema delle liste d'attesa, delle tariffe e dei ticket disincentivanti. A oggi, le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 46% della riabilitazione ambulatoriale. Infine resta da affrontare lo sviluppo dei servizi e la convergenza in termini di qualità dell'assistenza tra aree territoriali, tra Nord e Sud.

Nell'agenda politica dei prossimi anni si impongono quindi scelte importanti sul fronte dell'adeguamento delle strutture. È quello che la Corte dei conti chiede (e propone) per rendere compatibili con la stabilità del sistema soluzioni adeguate ai bisogni. Occorre ritrovare coerenza, oltre lo stesso settore sanità, tra tutte le parti che compongono il bilancio pubblico della protezione sociale. D'altronde la salute, secondo un approccio olistico, è un concetto dinamico e in continua evoluzione. E tali dovrebbero essere anche le soluzioni da adottare nel sistema sanità.

© Riproduzione riservata



Boom delle mutue private*



* Spesa sanitaria intermediata e numero di assistiti di Fondi Sanitari Integrativi (FSI), Società di Mutuo Soccorso, Casse Mutue e Assicurazioni, 2010-2015

Fonte: RMB Assicurazione Salute (2016)

Via d'uscita è la sinergia pubblico-privato

Dal quadro pubblico, passando all'analisi della spesa privata per cure e assistenza, ciò che tocca chiedersi è quale sia il ruolo della sanità integrativa o «complementare» e quali siano i costi/benefici di affidare alla mutua privata quelle attività alle quali dovrebbe provvedere la sanità pubblica. Quando parliamo di mutua (sanitaria) il riferimento va al sistema assistenziale sanitario ante istituzione del Ssn. Fino al 1978 (quando è nato il Ssn) il sistema assistenziale-sanitario era basato su numerosi «enti mutualistici» o «casse mutue». Il più importante era l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, Inam. Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura. Chi lavorava versava una fetta del proprio stipendio per garantire le cure a tutta la famiglia. E chi non lavorava, poteva anche morire (o nella migliore delle ipotesi finire sul lastrico). Con il Ssn sono scomparse le mutue, o meglio le vecchie mutue. Ma il «second welfare» ne ha riportato in auge di nuove: casse, polizze sanitarie e fondi di previdenza integrativa sono le mutue sanitarie contemporanee. Che, peraltro, stanno vivendo un periodo di crescita incredibile. Il dato che appare più attendibile, e che comprende tutte le diverse forme di copertura integrativa (Fondi assicurati e Casse aziendali, Fondi in autogestione, Casse professionali, Assicurazioni individuali, mutue), è quello fornito dai principali operatori del settore che colloca (dato aggiornato al 2015) l'insieme dei rimborsi intorno ai 4,5 miliardi di euro, con una popolazione coperta di più di circa 11 milioni di persone. Entrambe le variabili registrano una netta crescita negli ultimi cinque anni disponibili (rapporto Oasi 2017, Cergas Bocconi). Il benefit più

amato dai dipendenti in un'azienda è l'assistenza sanitaria integrativa: la desiderano 3 lavoratori su 4 (fonte: Quarto rapporto sul welfare). Ed effettivamente, oltre ai buoni pasto, le imprese offrono per lo più la mutua privata. Succede proprio perché il sistema sanitario è in affanno e gli italiani cercano un'alternativa. Inoltre, con la legge di stabilità 2016 sono state definite norme che detassano le spese dell'azienda che assicura ai suoi dipendenti, previa contrattazione, l'assistenza mutualistica integrativa. Il costo per quello che viene definito «welfare aziendale» sarà quindi, sempre e comunque, a carico dello stato, ma non gestito dallo stato stesso. Non stupisce quindi che l'integrazione privata diventi tanto più marcata quanto più è significativo l'intervento pubblico (fonte Quinto rapporto sul bilancio del Sistema previdenziale di Itinerari previdenziali). Per capirci, contrariamente a quanto si pensi spesso, il ricorso alla sanità privata e quella «complementare» non trova terreno fertile là dove c'è un vuoto dell'intervento dello stato. Al contrario, dove si spende di più per sanità pubblica, la popolazione è per definizione più attenta e indotta a migliorare il proprio status e a garantirsi cure e assistenza a 360 gradi. Di fronte a questa cessione dallo stato ai privati dei servizi sanitari c'è inevitabilmente chi parla di negazione della sanità pubblica, di un regalo che lo stato fa ai privati. Ma, considerando che lo stato autonomamente non ce la fa, la sinergia pubblico privata per un moderno maturo welfare mix a oggi sembra l'unica via più semplice da percorrere. Più semplice, ma non necessariamente la migliore. Perché l'effetto del second welfare potrebbe rivelarsi tutt'altro che positivo, almeno in termini economici. Secondo un'indagine Ocse e altre ricerche condotte in Germania, Francia e Canada le mutue private fanno aumentare il numero degli utenti della sanità, specialmente per le visite specialistiche: 46,6% per gli assicurati, 25,9% per i non assicurati. Perché le visite più costose e i secondi accertamenti vengono poi fatti sempre a carico del Sistema sanitario nazionale.